



# ПОДПИСНАЯФОРМА

## Sign-up form

для выбора плана медицинского  
страхования или **fee-for-service**

НОМЕР ДЕЛА		
ИМЯ КЛИЕНТА		
АДРЕС КЛИЕНТА		
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

### 1. Выберите свой план медицинского страхования.

С помощью данной формы выберите план медицинского страхования или платную услугу (**fee-for-service**).

- Прочтайте информационный лист голубого цвета в этом пакете, чтобы подробнее ознакомиться с различиями между контролируемым медицинским уходом и платными услугами (**fee-for-service**). Информация напечатана на обеих сторонах голубого листа.
- Прочтайте информационный лист зеленого цвета в этом пакете, чтобы подробнее ознакомиться с медицинским планом в Вашем районе. Там может быть не один, а несколько планов. В пакете может быть не один, а несколько зеленых информационных листов.
- На каждом листе имеются номера телефонов, по которым Вы можете получить дополнительную информацию.
- Если Вы хотите выбрать медицинский план и у Вас имеются конкретные врачи, которых Вы хотите использовать, позвоните им и узнайте, сотрудничают ли они с планами Healthy Options. После того, как Вы сделаете свой выбор, Вы можете обращаться только к тем врачам, которые являются частью этого плана. Запрос о нужных Вам врачах можно сделать на обороте данной формы.
- Если Вы выберете программу **fee-for-service** и у Вас имеются конкретные врачи, которых Вы хотите использовать, позвоните им и узнайте, будут ли они принимать Вашу медицинскую карту и выставлять счёт за оказываемые Вам медицинские услуги **Medical Assistance**. Дело в том, что многие врачи не принимают оплату в рамках программы **fee-for-service**. Если Вы выбрали программу **fee-for-service**, Вам не нужно заполнять графу 3 на обороте данной формы.

Сделайте отметку в одной клетке, чтобы указать каким видом медицинского обслуживания будете пользоваться Вы и другие лица, указанные в Вашей медицинской карте:

Медицинский план \_\_\_\_\_

Fee-for-service

Напишите название плана  
(Наименования медицинских планов можно прочитать на зеленом информационном листе в этом пакете)

### 2. Есть ли среди указанных в Вашей медицинской карточке лиц беременные?

Вы, или кто-нибудь другой из указанных в Вашей медицинской карточке лиц беременны?

Нет

Да → Кто беременен? Имя: \_\_\_\_\_ Ожидаемый

день родов: \_\_\_\_\_

У какого врача или другого медицинского специалиста наблюдается это лицо?

Фамилия врача: \_\_\_\_\_ Номер телефона офиса: \_\_\_\_\_



**3. Если Вы подписались на план медицинского обслуживания**, почти по всем вопросам здравоохранения Вы будете обращаться к одному человеку из этого плана. Этот человек называется Вашим главным медицинским работником (PCP) - английское сокращение от Primary Care Provider. В качестве PCP может выступать врач, фельдшер или ассистент врача.

**Если Вы выбрали план медицинского обслуживания**, Вы и каждый другой, кто указан на Вашей медицинской карточке, имеете право использовать в качестве PCP тех докторов, которых Вы хотите. Если у Вас имеются врачи, которых Вы желаете использовать в качестве PCP, и Вы знаете, что они работают по выбранному Вами плану, напишите внизу их фамилии.

**Работники плана, который Вы выбрали, сообщат Вам, можете ли Вы пользоваться выбранными Вами PCP, перечисленными ниже.** Если Вы не укажите никаких имен PCP на этой форме, работники плана помогут Вам выбрать PCP после того, как Вы оформите все документы.

**Имя, фамилия лица, указанного на Вашей медицинской карточке**

**Какого врача Вы хотели бы использовать в качестве PCP для этого лица?**

(все доктора, выбранные Вами для роли PCP, должны участвовать в плане, который Вы избрали на противоположной стороне этой формы. Позвоните им, чтобы убедиться в этом, если не уверены).

Имя PCP

Телефон офиса:

*Если Вам не хватило места для того, чтобы указать других лиц, внесенных в Вашу медицинскую карточку, и их фамилии не напечатаны здесь, запишите их фамилию и имя, а также фамилии PCP, которых они хотят использовать, на отдельном листе.*

#### **4. Дети с особыми потребностями в медицинском обслуживании.**

Есть ли среди детей, перечисленных на Вашей медицинской карточке, такие, кто нуждается в особом уходе, или страдает задержками развития?

НЕТ

ДА → Укажите имя ребенка (детей) и особенности их медицинского обслуживания:

**5. Отправьте эту подписьную форму.** После того, как Вы заполнили эту форму с обеих сторон, пожалуйста, отправьте ее на наш адрес в конверте, который приложен с остальной документацией в пакете (марку наклеивать не требуется). Если конверта в пакете не оказалось, направьте эту форму по адресу: Healthy Options, DSHS, PO Box 45505, Olympia WA 98504-5505.